



FICHE D'INSCRIPTION Printemps 2023

Dossier à rendre complet en mairie de Saint-Vigor le Grand

ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Vaccins

Certifions que les vaccinations obligatoires de notre enfant ont bien été effectuées (merci de cocher la case ci-contre et fournir l'attestation du médecin)

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

PARENTS

Nom, prénom :

adresse :

Code postal, ville :

téléphone :

mail :

Profession :

N° d'allocataire CAF ou MSA : Quotient (réservé administration)

Nom et adresse de la personne effectuant le règlement :

Choix du SEJOUR

| | séjour | repas | | séjour | repas |
|--------------------------|--------|-------|--------------------------|--------|-------|
| Lundi 17 avril | | | Lundi 24 avril | | |
| Mardi 18 avril | | | Mardi 25 avril | | |
| Mercredi 19 avril | | | Mercredi 26 avril | | |
| Jeudi 20 avril | | | Jeudi 27 avril | | |
| Vendredi 21 avril | | | Vendredi 28 avril | | |

Pièces à joindre :

(en cas de premier dossier dans l'année, ou dans le cadre d'un changement de situation)

- copie du livret de famille ou acte de naissance
- attestation d'assurance scolaire, extra-scolaire
- attestation de quotient familial (régime général ou agricole)
- certificat médical (attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations et apte à vivre en collectivité.)

⇒ **merci de compléter le verso**

| | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes : | | | | | |
| Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Autres (animaux, plantes, pollen...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

.....

| | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? | | | | | |
| Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Otite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Angine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | | |

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne) :

.....

| Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à récupérer l'(les) enfant(s) (autres que parents) : | | |
|--|--|--|
| Nom et Prénom | | |
| Lien avec l'enfant | | |
| Adresse | | |
| Téléphone domicile | | |
| Téléphone portable | | |
| A appeler en cas d'urgence | | |
| Autorisé à récupérer l'enfant | | |

Autorisations parentales :

En cas de maladie ou d'accident, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence qui déterminent le lieu d'hospitalisation. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

- autorisons le centre de loisirs à prendre toutes mesures d'urgence (hospitalisation et anesthésie si nécessaire de notre enfant)
- autorisons (oui non) le centre de loisirs à prendre des photographies ou vidéos de notre enfant dans le cadre des activités.
- autorisons (oui non) la publication des photos sur le facebook du centre et le site de la mairie.
- autorisons (oui non) le service de la mairie agréé par les services de la CAF ou de la MSA à prendre connaissance de notre Quotient Familial.

Numéro allocataire : Nom de l'allocataire :

* Les informations recueillies ont pour finalité la gestion du centre de loisirs. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et au RGPD, vous disposez de droits sur vos données. Pour les exercer ou pour toute question, veuillez contacter le délégué à la protection des données : rqpdc@cdq14.fr

Date et signature